

Année 1936

N°

THÈSE

594

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Félix MARESSELLE

EX-INTERNE DES HOPITAUX D'AMIENS

né à Le Hamel-Bouzancourt (Somme) le 11 Septembre 1909

**Contribution à l'étude
du Traitement chirurgical**

DES

**Thrombo-phlébites pelviennes
suppurées
d'origine puerpérale**

Président de la Thèse : M. COUVELAIRE, Professeur

AMIENS

IMPRIMERIE NOUVELLE

28-30, Rue des Vergeaux

1936

**Contribution à l'étude
du Traitement chirurgical**

DES

**Thrombo-phlébites pelviennes
suppurées
d'origine puerpérale**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Année 1936

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Félix MARESSELLE

EX-INTERNE DES HOPITAUX D'AMIENS

né à Le Hamel-Bouzancourt (Somme) le 11 Septembre 1909

Contribution à l'étude du Traitement chirurgical

DES

Thrombo-phlébites pelviennes suppurées

d'origine puerpérale

Président de la Thèse : M. COUVELAIRE, Professeur

AMIENS

IMPRIMERIE NOUVELLE

28-30, Rue des Vergeaux

1936

I. - PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. - AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD Henri ...	Pathologie médicale.
BERNARD Etienne.	Pathologie médicale.
BESANÇON Justin.	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES...	Pathologie. chirurgicale.
GAYET	Physiologie.
GIROUD	Histologie.
HAGUENEAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.
JOANNON	Hygiène.
LABBÉ Henri	Chimie biologique.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUÉJOL	Obstétrique.

MM.

LAROCHE Guy ...	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
M ^{lle} J. LÉVY	Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI ...	Neurologie et Psychiâtrie.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET ...	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT-DUTAILLIS .	Pathologie chirurgicale.
PIÉDELIEVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RICHTER	Physiologie.
SANNÉ	Chimie biologique.
SÉNÈQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIER	Pathologie expérimentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. - AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
BUSQUET Pharmacologie.
CHAILLET-BERT . Physiologie.

MM.

LEROUXAnatomie pathologique.
NEVEU-LEMAIRE ..Parasitologie.

IV. - AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE		BROcq	
AUBERTIN		CADENAT	
BRULÉ		GATELLIER	
CHABROL		HEITZ-BOYER	
CHIRAY		MOURE	
DONZELOT		QUENU	
DUVOIR		SCHWARTZ	
LIAN		VELTER	
PASTEUR-VALLERY- RADOT			
SÉZARY			
	MM.		
	ECALLE	Clinique obstétricale.	
	GUÉNIOT		
	LE LORIER		
	LÉVY-SOLAL		
	METZGER		

V. - CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.
RUPPE	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MES PARENTS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE

Professeur de Clinique obstétricale
de la Faculté de Médecine de Paris

*Pour le remercier du très grand honneur
qu'il nous a fait en acceptant de présider
notre thèse.*

A MES JUGES

A MONSIEUR LE PROFESSEUR JEAN POULAIN

Professeur de Clinique obstétricale
à l'Ecole d'Amiens

*Qui nous a toujours guidé avec sollicitude
dans la carrière médicale. Nous lui renou-
velons ici l'expression de notre affectueuse
reconnaissance pour l'intérêt qu'il n'a cessé de
nous témoigner.*

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX D'AMIENS

A MES CAMARADES D'INTERNAT

Meis et Amicis

INTRODUCTION

L'étude des thrombo-phlébites pelviennes suppurées a déjà suscité d'innombrables travaux. Pourtant, la question est toujours d'actualité, en raison de la gravité de la maladie, et en raison des problèmes importants qu'elle crée.

Une grosse responsabilité incombe au clinicien.

Il sait que, s'il institue un traitement uniquement médical, l'embolie septique et mortelle, guette sa malade. Il sait que seul le traitement chirurgical peut éviter cette embolie, et il se pose l'angoissant problème : « Ai-je vraiment affaire à une thrombo-phlébite suppurée ? » « Quand l'opèrerai-je ? » Nous sommes persuadé, que c'est en rendant plus précis les moyens de diagnostic et en multipliant les observations, que la lumière se fera complètement sur cette question.

La chirurgie est un moyen thérapeutique catégorique, qui nécessite un diagnostic certain, et dont les résultats sont subordonnés à une pratique journalière.

Si nous avons pu, dans ce modeste ouvrage, apporter quelques clartés sur cette terrible maladie, nous nous estimerons pleinement satisfait.

Nous tenons à remercier bien vivement ici M. le Docteur POULAIN, Professeur de Clinique Obstétricale à l'Hôtel-Dieu d'Amiens, qui nous a donné le sujet de cet ouvrage ; nous a indiqué l'esprit dans lequel il devait être fait, et qui, par ses conseils et sa bienveillance, nous a grandement facilité notre tâche.

HISTORIQUE

Si c'est seulement depuis 1905 que la Thrombo-Phlébite Pelvienne d'origine puerpérale a été particulièrement étudiée et qu'on eut l'idée de lui appliquer un traitement chirurgical, il ne faut pas oublier que ses symptômes étaient déjà ébauchés par DANCE en 1828 ; c'est pourtant à HERVIEUX, dans son Traité clinique et pratique « des maladies puerpérales ; suites de couches », en 1870, que revient le mérite d'avoir décrit magistralement la phlébite des veines pelviennes dont il classe par ordre la fréquence : veines ovariques, veines iliaques et leurs divisions. SIREDEY, en 1884, reprend les études de HERVIEUX ; mais c'est à SIPPEL, en 1894, que revient le grand mérite de proposer la résection des veines utéro-ovariennes thrombosées « *aussi loin qu'elles sont malades* ».

Deux ans après, FREUND tente de réaliser ce que SIPPEL avait proposé. Il résèque les veines utéro-ovariennes avec hystérectomie dans deux cas d'infection post-abortun. Il échoue.

Malgré les travaux de BUMM et TRENDELENBURG à l'étranger, il nous faut attendre en France 1912 pour voir la première ligature veineuse dans le traitement des phlébites utéro-pelviennes puerpérales réalisée par M. J.-L. FAURE à la suite de la publication du très important rapport de MM. JEANNIN-VANVERTS et PAUCOT, à la Société Obstétricale de France.

Puis suivent les travaux de M. le P^r COUVELAIRE sur les phlébites puerpérales et leur traitement en 1913.

En 1914, les articles de MM. PROUST et MAURER.

En 1921, les rapports de POTVIN et COTTE au Congrès des Gynécologues.

La question passe au premier plan en 1923 au Congrès de la Fièvre puerpérale de Strasbourg où le point de vue « de l'entité anatomo-clinique des thrombo-phlébites pelviennes distincte de l'infection veineuse généralisée » est défendue avec vigueur par MM. LEQUEUX et CHOMÉ contre MM. SCHICKELE, REEB, SHOCKAERT et DEELS, qui ne voient dans les thromboses pelviennes suppurées qu'une phase ou une partie de l'infection généralisée.

En 1924, M. PROUST relate à la Société de Chirurgie deux cas de ligatures veineuses effectuées par M. MAURER. Nouvelle discussion.

En 1926 : remarquable thèse d'agrégation de M. HOUEL.

La même année, autre thèse de M. ROBIN.

En 1930 : thèse de M. BIDOIRE sur les thrombo-phlébites utéro-pelviennes d'origine puerpérale.

RAPPEL ANATOMIQUE DES VEINES DU BASSIN

L'anatomie des veines du bassin a été trop étudiée pour qu'il faille ici la reprendre entièrement.

Le courant génital féminin se divise en deux pédicules (le pédicule supérieur et l'inférieur).

Pédicule supérieur. — Il commence au niveau de la corne utérine où il fait suite au plexus latéral utérin, il se continue sans démarcation avec les veines de la trompe et de l'ovaire.

Après avoir traversé le ligament large, où il forme un plexus utéro-salpingien et utéro-ovarien, il gagne le ligament infundibulo-pelvien où il forme le plexus-pampiniforme qui, après résolution en un seul tronc veineux, devient la veine utéro-ovarienne. Celle-ci se jette à droite dans la veine cave inférieure, un peu au-dessous du confluent des veines rénales ; à gauche, au contraire, c'est dans la veine rénale qu'elle vient s'aboucher.

La veine utéro-ovarienne droite est rétropéritonéale et répond par sa face antérieure à la face postérieure du cœcum et du colon ascendant. Les rapports avec l'uretère sont importants.

Dans son ensemble, la veine utéro-ovarienne droite est oblique en haut et en dedans, l'uretère est à peu près verticale et croise au niveau de la troisième vertèbre lombaire la face postérieure du paquet utéro-ovarien, devenant interne d'externe qu'il était.

La veine utéro-ovarienne gauche monte parallèlement

au bord interne de l'uretère et ne le croise que tout près de son origine.

Les anomalies dans la disposition et la constitution des veines utéro-ovariennes ne sont pas rares. Parfois doubles elles peuvent, au contraire, manquer et n'être remplacées que par quelques veinules. Il peut y avoir également bifurcation du tronc à son embouchure, se déversant ainsi dans la veine cave et la veine rénale.

Le pédicule inférieur. — Il recueille le sang de la partie moyenne et basse de l'utérus et du vagin. Il se forme à la hauteur du col utérin et se porte en dehors, empruntant un trajet identique à celui de l'artère utérine. Il est en général formé de deux troncs veineux : un antérieur, que se grossit des veines vésico-vaginales, et un postérieur, qui reçoit la veine vaginale postérieure. Ces veines, après avoir cheminé dans la base du ligament large et s'être augmentées de l'apport des veines pariétales, obturatrices, sacrées, etc..., aboutissent à un seul tronc : la veine hypogastrique, ou veine iliaque interne. La réunion de toutes ces veines, ou confluent hypogastrique, se fait en un point situé au-dessus et en arrière de l'épine sciatique.

Le système veineux iliaque. — Dans les cas normaux, il est classique de décrire de chaque côté une veine iliaque interne et une veine iliaque externe qui, en s'unissant, forment la veine iliaque primitive. En général, la bifurcation veineuse est située sensiblement plus bas que la bifurcation artérielle, à 1 $\frac{1}{2}$ m ou 1 $\frac{1}{2}$ m 5 au-dessous de celle-ci. Du côté droit, la bifurcation veineuse est dans l'angle de la bifurcation artérielle. La veine iliaque interne est, en effet, nettement en arrière de son artère; mais tandis que,

à sa partie inférieure, près de ses origines, elle déborde l'artère en dedans, à sa partie supérieure, près de sa terminaison, elle la déborde en dehors. Du côté gauche, au contraire, le confluent veineux, bien que postérieur, est surtout interne par rapport à la naissance de l'hypogastrique. Cela se comprend : la veine iliaque primitive est rétro-artérielle.

Une autre disposition fréquente et qui mérite d'être signalée, c'est qu'à l'endroit où l'artère hypogastrique se met en rapport avec la bifurcation veineuse, elle émet toujours, par sa face postérieure, une branche artérielle qui passe dans l'écartement des deux veines. Cette branche est, soit une artère sacrée latérale supérieure, soit un tronc commun de l'artère sacrée latérale supérieure et de l'artère fessière. (PROUST et MAURER).

PATHOGÉNIE ET ÉTIOLOGIE

Ainsi que l'a montré M. le Professeur JEANNIN, la puerpéralité réalise au maximum les conditions d'apparition des phlébites. Voyons ces conditions.

I. — ÉTAT PUERPÉRAL PHYSIOLOGIQUE :

1) MODIFICATION DE CRASE SANGUINE.

a) *Diminution de l'alcalinité sanguine :*

Le taux du NaOH, qui est de 2 mgr. par centimètre cube chez la femme normale passe à 0 mgr. 60 à terme, il existe donc une hyperacidité humorale.

b) *Augmentation de la fibrine :*

Qui passe de 3 % à 4 % (ANDRAL et GAVARET).

c) *Augmentation de la teneur en chaux :*

Dont la teneur double à peu près : 0 gr. 03 % à 0 gr. 05.

d) *Augmentation du plasma :*

Qui se traduit par une diminution de la densité du sang.

e) *Augmentation des leucocytes*, et leur destruction vers la fin de la grossesse avec mise en liberté de la *thrombokinasé*, ferment capable de provoquer la coagulation.

2) LA STASE.

Le ralentissement de la circulation est important pendant toute la grossesse dans les veines péri-utérines ; il est dû à la gêne de la circulation de retour.

Pendant les suites de couches cette stase persiste, conditionnée par l'hypotonie veino-motrice, attribuable à l'ébranlement endocrino sympathique provoqué par le travail.

II. — ÉTAT PUERPÉRAL PATHOLOGIQUE.

1) EXTENSION DE LA THROMBOSE PHYSIOLOGIQUE.

Une femme qui vient d'être délivrée doit, pour assurer l'hémostase, thromboser ses sinus. Normalement, cette thrombose s'arrête aux sinus utérins, mais, dans certain cas, le processus thrombosant dépasse les limites utérines et gagne les veines du petit bassin.

Il s'agit d'une thrombose pathologique sans infection.

A ce sujet une question se pose : « Pourquoi y a-t-il extension du thrombus ? »

Cette extension s'explique par :

a) *L'inertie utérine.* — A l'état normal, la rétractilité de l'utérus provoque la fermeture des sinus. Si cette rétractilité est momentanément suspendue, les sinus restent largement ouverts. Récemment, MM. LÉVY-SOLAL et SUREAU sont allés plus loin en démontrant que le repos physiologique au cours de la délivrance n'existait pas, mais qu'il s'agissait d'un repos pathologique au cours duquel pouvait se produire des hémorragies.

N'y aurait-il pas, là aussi, une cause d'extension du thrombus ?

b) *La sclérose vasculaire.* — Cette sclérose liée à l'endo-mérite empêche l'affaissement des sinus lors de la délivrance.

c) *Les hémorragies* qui, en diminuant la résistance générale, font le lit de l'infection.

2) L'INFECTION.

C'est elle qui jouera le principal rôle, aussi l'étiologie de la thrombo-phlébite se rapproche-t-elle par beaucoup de points de celle de l'infection puerpérale, mais c'est une infection puerpérale localisée.

Le processus inflammatoire endoveineux provoque, au point où il se manifeste, la perturbation plasmatique indispensable à l'établissement de la thrombose : importation sanguine de globine et de fibrinogène, agglutination consécutive des hématoblastes, sédimentation des hématies, édification du réseau de fibrine, conditions de la coagulation sanguine. (M. DELATER).

MICROBES EN CAUSE

Au premier rang vient le streptocoque. Dans l'immense majorité des cas, il s'agit du streptocoque anaérobie ou streptococcus putridus.

Au cours d'un examen bactériologique MM. VORON et LYONNET, après coloration de la coupe au graméosine, ont mis en évidence d'indiscutables chaînettes de streptocoques dans la zone de granulation amorphe. Ils ont également retrouvé ce streptocoque dans le liquide hémorragique d'une ponction pleurale et dans le pus d'un abcès du poumon.

Très rarement, on a trouvé le staphylocoque.

M. HOUEL a cultivé le colibacille dans le pus d'une phlébite puerpérale suppurée.

M. HARTEMANN rapporte aussi quelques cas d'infections veineuses à colibacilles.

Enfin, il faut citer les travaux de M. DELATER, qui démontrent qu'il existe des phlébites latentes au niveau de l'utérus et que ces phlébites serviraient de point de départ à des extensions plus lointaines. Cet auteur transformerait ainsi la « migration entéro-rénale » de HEITZ-BOYER en une « migration entéro-réno-génito-veineuse ».

VOIES DE L'INFECTION

Le plus souvent c'est après un stade d'endométrite qui frappe au niveau de l'aire placentaire les lumières vasculaires thrombosées que l'infection progresse, soit par péri-phlébite, soit par extension le long du thrombus.

Mais il est d'autres voies d'infection :

La voie sanguine, avec porte d'entrée de l'infection à distance. Les sinus seraient alors parcourus par les microbes sans être lésés.

La voie lymphatique et ensuite veineuse, qui nous paraît être très importante car elle explique l'infection secondaire d'un thrombus septique déjà formé.

La porte d'entrée de l'infection pourrait être loin, comme dans deux de nos observations, où une lymphangite du sein précédait la thrombo-phlébite.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

I. — LÉSIONS DES VEINES

a) *Macroscopiquement*. — Les veines sont dilatées, dures, souvent adhérentes les unes aux autres. A la coupe leurs parois sont épaisses.

b) *Microscopiquement*. — Il s'agit d'une endo-péri-phlébite. Au faible grossissement les parois sont difficiles à identifier. On a l'impression que toute la veine est transformée en membrane pyogène dont le contenu est, soit un thrombus rouge avec petits noyaux de ramollissement, soit un mélange de pus et de caillots, soit du pus franc. Au fort grossissement, on remarque, en allant de la lumière du vaisseau vers sa périphérie : un caillot fibrineux, une zone de granulations amorphes, une zone inflammatoire, la couche musculaire de la paroi infiltrée de cellules rondes. (VORON et LYONNET).

II. — DIFFÉRENTES LOCALISATIONS DES THROMBO-PHLÉBITES

a) MÉTROPHLÉBITE.

Nous la rappelons pour mémoire, car elle existe très rarement à l'état pur (2 cas sur 27 : CHOMÉ). Ou il s'agit d'une atteinte massive de l'utérus ou il s'agit de deux atteintes ; l'une utérine, l'autre lymphangitique, chacune évoluant pour son compte. (MM. SCHICKELE et RIOTTE).

b) PHLÉBITE PELVIENNE SUPÉRIEURE.

Le thrombus envahit toute la veine utéro-ovarienne et le plexus pampiniforme. Il s'arrête généralement à quelques centimètres de la veine cave inférieure à droite, et de la veine rénale à gauche.

C'est une phlébite qui évolue sur place et s'accompagne d'une légère périphlébite. Ceci représente un gros intérêt opératoire sur lequel nous reviendrons.

Sa fréquence est grande, environ 6 sur 10 avec prédominance à droite, 13 fois sur 18. (CHOMÉ).

c) PHLÉBITE PELVIENNE INFÉRIEURE.

Cette forme est plus rare que la précédente, 6 cas sur 27 (HOUEL). Elle consiste en une atteinte des branches inférieures de la veine hypogastrique (veines utéro-vaginales et surtout veines de la base du ligament large). De plus, les lésions sont fréquemment bilatérales.

Les veines thrombosées sont entourées d'une sorte de gangue de tissu inflammatoire qui les soude et empêche leur dissection.

Ce qui est important à considérer c'est que ces phlébites s'accompagnent fréquemment de lésions lymphatiques réalisant le phlegmon de la base du ligament large si riche en tissu cellulaire, provoquant parfois une véritable pelvi-péritonite.

Y A-T-IL DONC UNE DIFFÉRENCE ENTRE LES DEUX SORTES DE PHLÉBITES ?

On peut affirmer que non.

Les réactions périphlébitiques sont les mêmes, mais les

tissus cellulaires environnants sont, dans le petit bassin, très riches ; alors que plus haut ils s'appauvrissent progressivement.

LES FORMES MIXTES.

Les lésions peuvent s'étendre aux deux territoires. On observe : soit une *forme continue*, soit une *forme discontinue* (Discontinued thrombosis de KOELER et EHRNEFEST).

Ces formes mixtes sont fréquentes et ce sont elles qui poseront le plus souvent le problème thérapeutique.

Y A-T-IL LÉSION CONCOMITANTE DES SINUS UTÉRINS ?

Nous avons vu tout à l'heure qu'il pouvait exister une métrophlébite. Or, tous les auteurs sont d'accord pour admettre que son absence est de règle au cours des phlébites pelviennes.

Cette constatation a une importance opératoire car elle est la meilleure raison théorique à opposer aux partisans des hystérectomies associées aux ligatures. Toutefois, il ne faut pas perdre de vue la possibilité de l'extension anormale immédiate de la thrombose utérine physiologique avec infection surajoutée. (VERMELIN).

LÉSIONS A DISTANCE.

Comme dans toute phlébite le principal danger est l'embolie : en général nous n'aurons pas affaire à la grande embolie dramatique des thrombo-phlébites aseptiques. Il s'agit « d'une poussière d'embolie » (ROBIN), les

deux poumons sont absolument criblés de foyers miliaires suppurés et on prévoit sans peine le pronostic excessivement grave qu'entraîne cette dissémination des foyers suppurés.

Bien plus, il est certain cas où l'embolie microbienne traverse les capillaires pulmonaires et va organiser de nouveaux foyers purulents dans divers organes (rate, foie, myocarde, cerveau). C'est un arrêt de mort pour le malade et c'est aussi la meilleure preuve du bien-fondé de l'intervention chirurgicale suffisamment précoce pour éviter la formation de ces embolies.

SYMPTOMATOLOGIE

I. — PÉRIODE DE DÉBUT.

Quand commence-t-elle ?

Il est difficile, sinon impossible de répondre à cette question.

Lorsque l'accouchement a nécessité une intervention (forceps, version, délivrance artificielle) ou lorsqu'il s'est compliqué d'une hémorragie, on peut penser que cette intervention ou cette hémorragie est le point de départ de la phlébite. Mais, lorsque l'accouchement a été normal, la délivrance normale et la température normale pendant les premiers jours des suites de couches, on ne peut qu'émettre l'hypothèse que l'infection a commencé au moment de l'élévation de température, à condition toutefois qu'il n'y ait aucune maladie intercurrente (abcès du sein, pneumopathie, etc...), quant au thrombus, comme nous l'avons déjà vu, il a pu se former dès la délivrance. Pendant cette période, l'attention n'est généralement pas attirée vers les lochies qui sont normales.

Cette période finira avec le premier frisson.

II. — PÉRIODE D'ÉTAT.

a) SIGNES GÉNÉRAUX.

1) *Frissons*. — Leur apparition ouvre la période d'état. Des nombreuses observations que nous avons sous les yeux, il résulte que le premier frisson apparaît dans les huit à dix premiers jours des suites de couches.

Plus les frissons apparaissent tardivement, plus ils acquièrent de l'importance au point de vue séméiologique.

Ils sont violents, secouent tout le corps de la malade, qui est pâle, anxieuse, prostrée et claque des dents. Ils peuvent durer vingt, trente ou quarante minutes, après quoi survient un stade de chaleur, de transpiration, ramenant un véritable bien-être.

2) *La température*, qui était normale ou en plateau, prend le type intermittent à grandes oscillations irrégulières, pouvant atteindre trois à cinq degrés. Dans la plupart des cas, chaque clocher thermique accompagne un frisson. Toutefois, ces brusques oscillations thermiques peuvent être observées dans l'absence à peu près complète de frissons ; on doit alors considérer ces oscillations comme de véritables « équivalents » des frissons.

Dans l'intervalle de ces poussées, la température est irrégulière et oscille entre 38° et 40°5.

Il est donc impossible de décrire un « cycle » stable, les indications des courbes de température variant à l'infini suivant la minute à laquelle cette température a été prise.

3) *Le pouls*. — Contrairement à ce qu'on observe dans la phlégmatis-alba-dolens, où le pouls suit un cycle stable — « pouls grim pant de MALHER » —, dans la thrombo-phlébite il ne suit jamais la température dans ses rémissions et demeure rapide et irrégulier. Bien plus, après la ligature il reste accéléré, alors même que la température est normale depuis plusieurs jours et que tous les autres signes d'infection ont disparu. (Observat. 1).

Cette dissociation constitue un bon signe séméiologique. Si le pouls s'accélère progressivement, on peut considérer cette accélération comme un signe prémonitoire d'embolie (RICHTER-JEANNIN).

4) *Etat général.* — Autant l'état général paraît mauvais au moment des frissons, autant, dans leur intervalle, il paraît bon. L'euphorie est souvent marquée, l'intelligence est intacte. Les sclerotiques sont blanches, les lèvres bien colorées. Ces femmes ne se plaignent que de leurs frissons et les appréhendent.

b) SIGNES PHYSIQUES.

Autant les signes généraux sont précis et satisfaisants, autant l'examen local est décevant, et c'est, j'en suis certain, de l'absence de caractères précis et constants que vient l'hésitation fréquente du diagnostic du siège de la thrombose. Signes physiques très difficiles à percevoir, dirons-nous, mais combien intéressants lorsqu'on les rencontre ! Aussi faut-il bien les connaître pour les rechercher systématiquement.

Naturellement, cet examen sera pratiqué avec la plus grande douceur et il y aura un gros intérêt à le répéter tous les jours, de façon à se faire une opinion certaine et à ne laisser échapper aucun de ces signes.

De leur trouvaille dépendra l'indication opératoire, comme nous le verrons plus loin.

1) *Thrombo-phlébite du pédicule supérieur.* — La situation anatomique de cette phlébite oriente la recherche des signes vers l'abdomen. Dans tous les cas où l'abdomen n'est pas ballonné et n'est pas contracturé — et ces cas sont heureusement nombreux, car ils traduisent une réaction péritonéale rare au début de la thrombo-phlébite — on constate à la palpation, rendue plus facile grâce au relâchement de la sangle abdominale à la suite de l'accouchement, une dilatation, ou plutôt un relief en forme de

faux étendu de la ligne innominée à quelques centimètres de l'ombilic. Malgré la douceur de la palpation, la malade éprouve une douleur violente irradiée vers la région lombaire. (Observations n^{os} 1 et 3).

Ce signe, lorsqu'il existe, a une valeur de certitude. Malheureusement, il est souvent masqué par le météorisme intestinal. Parfois, on perçoit seulement une tuméfaction de la partie supérieure de la fosse iliaque. Un deuxième signe très important est celui qui a été souvent décrit par CHOMÉ et qui consiste en douleurs étagées à partir d'une corne utérine jusqu'à l'ombilic. (Observation n^o 1).

Le toucher vaginal donne une grosse indication en permettant d'apprécier l'état de l'utérus qui est mobile, indolore et généralement en état d'involution normale.

Dans certains cas, il est légèrement augmenté de volume, vraisemblablement en raison du trouble circulatoire provoqué par la thrombose.

Les culs-de-sac sont souples. Dans les cas heureux, on sent un empâtement de la partie haute du ligament large, tout près de la corne utérine.

2) *Thrombo-phlébite du pédicule inférieur.* — La diffusion et l'importance des lésions péri-veineuses du voisinage empêchent, au premier abord, de sentir autre chose qu'une infiltration des culs-de-sac, s'étendant des parois du vagin à la paroi pelvienne.

Cependant, après plusieurs examens, on se rend compte qu'il existe « une tuméfaction circonscrite », allongée en forme de cordon peu volumineux, qui prend naissance en arrière près de l'épine sciatique et se dirige en avant dans la direction du trou obturateur ou du pubis.

ROBIN a constaté à l'autopsie qu'il s'agissait des vési-

cales pelviennes et obturatrices, témoins de la thrombose de l'hypogastrique.

L'utérus est encore le plus souvent normal, libre et indolore.

Spontanément, la femme peut se plaindre d'une sensation de lourdeur dans le petit bassin ; si la thrombose s'est étendue aux veines iliaques, une phlegmatia modérée d'un ou des deux membres inférieurs s'ajoute à ces signes et disparaît rapidement par rétablissement de la circulation collatérale thoraco-abdominale.

c) L'HÉMOCULTURE.

Les hémocultures faites en dehors des frissons sont constamment négatives, traduisant le fait que ces malades ne sont pas des septicémiques et apportant la preuve que la thrombo-phlébite pelvienne constitue bien une entité anatomo-clinique.

Au moment des frissons, elles sont positives d'une manière si fugace qu'il est bien rare de pratiquer le prélèvement au bon moment pour trouver cette positivité. Ces résultats positifs traduisent l'existence d'une bactériémie temporaire, preuve qu'il existe bien des décharges microbiennes sans culture des germes dans le sang.

EVOLUTION DE LA PÉRIODE D'ÉTAT.

La maladie présente, soit un *type régulier*, avec même nombre de frissons quotidiens et état général très bon, soit un *type irrégulier*, avec poussées de frissons et intervalles de calme pouvant durer plusieurs jours et laisser croire que la guérison spontanée est survenue.

La durée de cette évolution est variable : quelques

jours à un mois et plus. Enfin survient l'embolie et nous entrons dans la période des complications.

III. — PÉRIODE DES COMPLICATIONS.

La malade est prise un beau jour d'une toux quinteuse avec douleurs au moment d'une inspiration profonde. A l'examen, on ne trouve, en général, rien le premier jour, mais progressivement les lésions évoluent. Des râles fins et les souffles symptomatiques d'une broncho-pneumonie ou d'un épanchement pleural apparaissent. La ponction ramène un liquide louche ou franchement purulent, contenant, dans 80 % des cas, du streptocoque.

Le liquide se reforme aussitôt après la ponction. Les signes fonctionnels se précisent, de la dyspnée apparaît avec cyanose, pouls rapide, incomptable, température élevée. L'état général fléchit et la malade ne peut résister à l'infection.

Donc, contrairement à ce qui se passe dans la phlébite non suppurée, où nous assistons à une embolie massive, dans la thrombo-phlébite suppurée nous avons affaire à une « poussière d'embolies septiques » qui agit d'une façon « infectante », créant de nombreux foyers purulents au niveau du poumon.

Le cœur est généralement frappé en dernier lieu, et c'est ce qui explique l'absence fréquente des localisations aux autres organes. Quand ces métastases existent, elles résultent d'une endocardite et traduisent que la malade est devenue secondairement septicémique. On a affaire à une septico-pyohémie.

FORMES CLINIQUES

I) FORME TYPIQUE.

L'évolution que nous venons d'étudier correspond au type le plus habituel de phlébite pelvienne suppurée, et nous verrons plus loin que c'est le cas favorable à tous points de vue pour l'intervention chirurgicale.

A côté d'elle, nous considérons :

II) UNE FORME ATTÉNUÉE A ÉVOLUTION PROLONGÉE.

Dans laquelle les frissons sont peu violents et la température peu élevée. L'état général est très bon.

Les lésions pulmonaires sont moins importantes lorsqu'elles surviennent.

En résumé, cette forme a un pronostic favorable. (Observation n° 9).

III) UNE FORME SURAIGUE.

Très précoce, avec signes d'infection rapide. Les frissons se répètent à intervalles rapprochés et sont particulièrement violents. La malade est en proie à une agitation continue, ou bien est plongée dans un état voisin du coma.

C'est une véritable *septicémie veineuse* avec hémoculture positive et évolution vers la mort.

En dehors de ces trois formes classiques, il faut faire une mention spéciale à la *septicopyohémie* secondaire à la thrombo-phlébite suppurée : les frissons diminuent, le

pouls s'accélère, la malade devient subictérique et les symptômes caractéristiques de la pyohémie apparaissent (multiplicité des foyers de suppuration), hémoculture positive.

Cette thrombophlébite est heureusement très rare, car elle est très grave : 90 % de mort.

Nous ne reviendrons pas sur la division clinique d'après la topographie. Nous avons donné les signes de chacune d'elles.

Il faut savoir pourtant que ces différentes phlébites peuvent s'étendre à d'autres troncs veineux en donnant des formes cliniques compliquées.

Nous avons ainsi des formes avec :

a) *Extensions vers les veines crurales*, se caractérisant par l'œdème d'un des membres inférieurs associé à des douleurs inguinales ;

b) *Extension vers la veine cave inférieure*, évoluant en trois étapes :

Première étape : le thrombus s'arrête au-dessous des veines rénales. On constate alors des œdèmes par troubles mécaniques localisés aux membres inférieurs et à la région sus-pelvienne.

Deuxième étape : le thrombus dépasse les veines rénales. Outre les signes déjà décrits, existent de gros troubles rénaux : oligurie, albuminurie, avec douleurs lombaires et signes urémiques. Mort par anurie.

Troisième étape : la thrombose a gagné le confluent hépatique. C'est la suspension du fonctionnement du foie avec tous ses troubles.

DIAGNOSTIC

Il est absolument nécessaire d'établir le diagnostic de la thrombo-phlébite et de sa forme clinique d'une façon très précoce, afin d'instituer un traitement approprié. Pour établir ce diagnostic, nous devons répondre aux questions suivantes :

Y A-T-IL INFECTION SUPPURÉE DES VEINES PELVIENNES ?

L'examen de l'état général confirmera la suppuration ;

- a) Apparition de violents frissons ;
- b) Courbe de température irrégulière avec clochers, suivis de rémissions absolues ;
- c) Irrégularité et instabilité du pouls, avec absence de parallélisme entre pouls et température ;
- d) Contraste entre l'état général au moment des frissons et dans leur intervalle ;
- e) Hémocultures négatives, dont l'importance est primordiale ;

Les signes physiques confirmeront l'atteinte des veines pelviennes.

QUELLES SONT LES VEINES ATTEINTES ?

La constatation des signes physiques que j'ai énumérés dans la symptomatologie donne une indication très précise. Malheureusement, il est des cas où un ou plusieurs de ces signes physiques viennent à manquer et où le diagnostic peut rester hésitant. Enfin, il faut tenir compte des cas où l'infection s'étend progressivement à toutes les veines pelviennes.

L'apparition des signes pulmonaires confirmera le diagnostic. Toutefois, un bon clinicien n'attendra jamais leur apparition pour instituer un traitement : le diagnostic aura toujours été posé bien avant, dans la grande majorité des cas.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL.

1) *Avec les phlébites non suppurées.*

Elles évoluent souvent à bas bruit et peuvent rester méconnues. Le premier signe étant, le plus souvent, l'infarctus pulmonaire. Le fait principal est l'absence de frissons. Toutefois, il faut savoir que les formes de transition existent entre ces phlébites simples et les thrombo-phlébites latentes.

2) *Avec la septicémie puerpérale.*

Dans cette infection, la courbe de température est plus régulière, le pouls moins capricieux, les frissons rares ou périodiques. L'utérus est douloureux, mou, augmenté de volume.

L'état général est d'emblée altéré, avec tephos caractéristique et troubles ataxodynamiques, délire, tremblements. Tous les organes sont sidérés (urines rares, albumineuses, langue sèche, dyspnée toxique).

L'hémoculture est positive.

3) *Avec la septico-pyohémie.*

Le danger est que cette septico-pyohémie apparaisse secondairement à la thrombo-phlébite suppurée. Son apparition est marquée par l'allure rapidement grave de l'état général, la forme moins violente de frissons, l'apparition d'abcès multiples siégeant dans n'importe quel

viscère avec présence constante d'une endocardite ulcéro-végétante.

4) *Avec l'appendicite aiguë.*

C'est particulièrement le cas de thrombo-phlébite du pédicule supérieur droit qu'une douleur au point de MAC BURNEY pourra, un instant, faire penser à l'appendicite aiguë.

5) *Avec le phlegmon de la base du ligament large.*

On trouve un énorme empâtement avec fluctuation et les frissons surviennent seulement à cette période, alors que depuis longtemps la température est élevée et les réactions douloureuses importantes.

6) *Les salpingo-ovarites des suites de couches.*

Les culs-de-sac vaginaux sont empâtés, douloureux. Le diagnostic serait très difficile à faire sur la recherche des signes physiques ; heureusement, les symptômes généraux viennent différencier les deux maladies.

7) *Avec les infections étrangères à la puerpéralité.*

Tels que le paludisme ou la cholecystite suppurée. (HOUEL).

PRONOSTIC

Au point de vue local, la phlébite suppurée ne présente pas un danger imminent en raison de la résistance des tissus environnants. Seule, l'apparition des foyers suppurés secondaires consécutifs aux embolies septiques constitue un facteur redoutable de pronostic.

Ce pronostic variera selon :

- a)* La localisation topographique : la phlébite du pédicule inférieur étant la moins grave ;
- b)* La forme clinique de l'infection ;
- c)* L'état général du sujet ;
- d)* La fréquence des frissons ;
- e)* Le résultat de l'hémoculture négative.

Il n'est pas douteux, en effet, qu'une hémoculture devenue positive constitue un diagnostic fatal.

LEQUEUX accuse un chiffre de mortalité de 100 % pour les cas qui n'ont pas été traités chirurgicalement. Nous ne serons pas aussi catégoriques. Un nombre de cas assez restreints, il est vrai, mais incontestables, ont guéri spontanément (observ. n° 10). Aussi, faut-il admettre, avec la plupart des auteurs, une mortalité de 80 % environ.

TRAITEMENT

TRAITEMENT MÉDICAL.

Si la thérapeutique chirurgicale a un but précis, comme nous le verrons plus loin, la thérapeutique médicale a un but général dans le traitement de la thrombo-phlébite pelvienne suppurée. Elle s'adresse à l'infection puerpérale localisée et devra être instaurée le plus rapidement possible et continuée après l'intervention.

Son but sera de limiter l'infection en empêchant sa dissémination, d'apporter au sang les matériaux nécessaires à l'organisation de sa résistance à l'invasion microbienne, de terminer l'acte chirurgical en stérilisant le foyer d'infection. Il ne faut cependant pas se faire d'illusion sur son emploi isolé. La thérapeutique médicale échoue le plus souvent, mais il est des cas où elle semble couronnée de succès. (Observations 9 et 10).

BUT DU TRAITEMENT CHIRURGICAL.

Une épée de Damoclès est suspendue sur la tête d'une malade atteinte de thrombo-phlébite suppurée : c'est l'embolie pulmonaire. Pour empêcher cette embolie de se produire, il faut mettre un obstacle sur les voies de communication entre le thrombus et le poumon. Cet obstacle sera la ligature veineuse.

QUAND FAUT-IL OPÉRER ?

Sous le prétexte qu'on peut dans quelques cas guérir spontanément, certains auteurs prétendent que, dans tous

les cas, il faut attendre. Attendre quoi ? Qu'une pleurésie purulente ou qu'un abcès du poumon soient apparus, et laisser passer ainsi l'heure de l'intervention ? Comme le disait FAIX : « Attendre n'a pas l'apparence même d'une solution ».

FAUT-IL OPÉRER DÈS LE PREMIER FRISSON ?

C'est l'avis de TRENDELENBURG, qui préconise l'opération aussitôt après le premier frisson.

VON HERFF est d'avis d'attendre le cinquième ou sixième frisson.

LATZKO est d'avis de ne pas attendre et opère si la température reste constamment basse.

BUMM va plus loin et propose de lier les veines chaque fois que l'infection de la cavité utérine a été certaine. C'est aller un peu loin dans le domaine de la prophylaxie.

MARTENS est partisan de l'opération faite le plus précocement possible et attribue les échecs à une expectative prolongée. Pour lui, « l'apparition d'un frisson avec élévation thermique doit faire rechercher le thrombus dans le parametrium. Même si cette investigation reste négative, ces signes généraux indiquent l'intervention chirurgicale immédiate ».

IL FAUT AVANT TOUT POSER UN DIAGNOSTIC.

Les symptômes généraux sont tout à fait caractéristiques d'une thrombo-phlébite suppurée, mais ne sont pas à eux seuls suffisants pour établir l'indication opératoire immédiate. Il faut :

1° Chercher avec soin les signes physiques par des examens fréquents ;

2° Etablir l'individualité nette de l'infection par l'hémoculture négative, plusieurs fois répétée, si cela est nécessaire ;

3° S'assurer si l'utérus est normal.

Ces trois points une fois établis, il n'existe plus aucun motif de différer l'intervention.

EN COMBIEN DE TEMPS ÉTABLIRA-T-ON LE DIAGNOSTIC ?

Il arrive que, dès les premiers frissons, tous les signes soient rassemblés, et ainsi l'opération sera précoce. D'autres fois, il faut attendre plusieurs jours pour se faire une opinion : ainsi, l'opération est relativement tardive, si l'on considère que les embolies pulmonaires ne surviennent en général qu'au bout d'une quinzaine de jours. Il est bien évident que, dans certains cas particuliers où les métastases accompagnent rapidement les frissons, on interviendra d'urgence dès la première réaction pulmonaire. Il faut faire courir à la malade sa seule chance de salut.

QUELLES SONT LES CONTRE-INDICATIONS ?

Les unes sont absolues. Les autres relatives.

1) *Contre-indications absolues*

a) *Les formes septiques et septicopyohémiques.* — La phlébite n'est plus, au cours de ces formes, qu'un épiphénomène. D'autre part, il est impossible d'agir sur les différents foyers septiques. Que fera-t-on ? On courra la dernière chance de guérison, en employant toutes les ressources du traitement médical.

b) *La constatation de graves lésions pulmonaires.* —

On interviendrait trop tard, car ces lésions sont susceptibles d'entraîner par elles-mêmes la mort de l'individu.

c) *La constatation de l'extension de la thrombose de la veine cave inférieure au-dessus des rénales.*

2) *Contre-indications relatives*

a) *Les phlébites pelviennes basses avec grosses lésions de voisinage.* — Dans ces cas, la tendance actuelle est de lier le plus haut possible, c'est-à-dire de ne pas hésiter à lier les veines iliaques, ou même la veine cave inférieure, pour être certain d'éviter les embolies venues des riches anastomoses veineuses de la région.

b) *L'état utérin.* — J'ai insisté volontairement tout à l'heure sur la nécessité de bien connaître l'état de l'utérus. Nous avons vu, au cours de l'étude anatomo-pathologique, que tout le monde s'accordait à décrire un utérus normal, sans lésions pathologiques apparentes. Par conséquent, dans tous les cas où la thrombo-phlébite affecte la forme typique, nous devons trouver un utérus mobile, indolore, en involution normale. C'est ce que nous avons constaté dans toutes les observations où l'intervention a eu un résultat heureux. Au contraire, dans la majorité des cas où l'intervention n'a pu arrêter l'évolution de la thrombo-phlébite, ou plutôt la transformation septicémique de cette dernière, les auteurs ont noté l'existence d'un utérus anormal, soit gros et mou, soit douloureux avec lochies sanglantes.

Voici une de ces observations caractéristiques démontrant ces faits.

OBSERVATION

In Thèse - ROBIN 1926.

Madame X....., tertipare, 22 ans.

Accouchement le 30 mars 1929.

Avortement avec curage digital pour extraire le placenta.

Température 38°6, 38. Pouls 110.

31 mars : La malade est passée à l'isolement. L'examen d'entrée montre *l'utérus gros et mou*. L'orifice interne du col est fermé. Les culs-de-sac sont douloureux.

A droite, on perçoit un empâtement de la paroi pelvienne latérale formant un cordon qui se dirige vers l'épine sciatique.

A partir de ce jour, la malade a un grand frisson chaque matin vers 11 heures. Elle fait de grandes oscillations thermiques, de 37° à 40°, le pouls suivant exactement la courbe thermique.

Traitement du 1^{er} avril : Sérum antistreptococcique 40 cmc. quotidiens. Le 4 avril : Absès de fixation.

Le 6 avril, devant l'évolution très grave de cette phlébite on décide de tenter la ligature veineuse du côté atteint.

7 avril : Opération.

Opérateur : M. LAURER ; aide : M. ROBIN. — Anesthésie à l'éther.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Cavité péritonéale normale. On perçoit par le palper les veines thrombosées dans la base du ligament large droit. Rien aux autres pédicules. On lie la veine iliaque droite non thrombosée. Suture du péritoine pariétal postérieur. Suture en deux plans de la paroi sans drainage.

Réapparition de frissons. Hémoculture positive.

Œdème du membre inférieur droit.

Le 1^{er} mai : Décès.

Autopsie.

Nous n'avons pas la prétention de poser comme une règle absolue l'importance, au point de vue résultat opératoire, de cet état utérin, mais nous nous permettons d'attirer l'attention sur ce sujet. Les examens de laboratoire mériteraient, dans ces cas, d'être multipliés, afin de voir si l'utérus ne joue pas le rôle de réservoir et si la dissémination microbienne ne se fait pas par voie lymphatique, puisque l'infection se propage malgré la ligature veineuse.

PRINCIPES GÉNÉRAUX DU TRAITEMENT CHIRURGICAL

L'opération doit satisfaire un triple but :

- 1° Barrer le chemin aux embolies ;
- 2° Enrayer la transmission des produits infectés et arrêter la septico-pyohémie ;
- 3° Traiter localement le foyer primitif.

La réalisation pratique de ces trois directives sera faite par la mise en œuvre des interventions suivantes :

1) LA LIGATURE VEINEUSE

C'est elle qui obtient le plus de succès auprès des chirurgiens. Elle est, en effet, facile à effectuer et a comme avantage remarquable de n'être pas choquante et d'être rapide, par conséquent de nécessiter une anesthésie de courte durée. Les résultats opératoires obtenus confirment le bien-fondé de son emploi. On a objecté qu'elle ne tient pas compte des lésions de voisinage. Cependant, ce ne sont jamais ces lésions de voisinage qui mettent la vie de la malade en danger. Pour M. KÆLER, la ligature est impuissante à arrêter les embolies septiques. Cet auteur se base sur les cas où, quelque temps après l'intervention, réapparaissent des frissons et des embolies pulmonaires.

Nous objectons que ces cas ne sont pas si nombreux pour faire rejeter systématiquement l'opération. Il faudra

tout de même se les rappeler et essayer d'éviter ces complications en liant « haut et gros », comme le recommande HOUEL.

Pour d'autres, la ligature est nuisible, parce qu'elle provoque des troubles circulatoires.

L'observation et l'expérience ont montré que, même en cas de ligature d'un gros vaisseau tel que la veine cave inférieure, ces troubles étaient minimes. Du reste, le seul raisonnement permettait d'affirmer la possibilité de la ligature de la veine cave inférieure, sans provoquer de troubles sérieux.

Les anciens auteurs, avec HOVELACQUE, admettaient que la veine cave inférieure représentait l'équivalent de l'aorte abdominale. Pour affirmer ce fait, ils se basaient :

- 1° Sur l'examen des veines du cadavre ;
- 2° Sur l'examen des veines injectées.

Ces deux recherches renfermaient de grosses sources d'erreurs. En effet :

1° Sur les cadavres, les artères conservant leur élasticité se vident totalement de sang ; les veines contiennent ainsi à la fois le sang artériel et le sang veineux ; elles sont donc augmentées de volume.

2° Lors de l'injection des veines, la pression du liquide conservateur n'est pas nécessairement égale à la pression du sang dans les veines pendant la vie, et comme les parois veineuses sont surtout constituées par une tunique fibreuse, il est clair qu'elles se laisseront dilater facilement sans reprendre ensuite leur volume primitif. BORELLI signale que le volume d'une veine injectée peut atteindre quatre fois celui d'une artère.

En résumé, ces deux circonstances concourent à aug-

menter le volume des veines sur le cadavre. Lors des laparotomies, le volume des veines s'avère moindre que lors des autopsies. HOUEL nous fait encore remarquer que, pour ce qui est de la veine cave inférieure pendant la laparotomie, la pression abdominale est remplacée par la pression atmosphérique moins élevée, ce qui permet une légère dilatation de cette veine. De plus, d'après GLEY, le sang coule deux fois moins vite dans la veine cave inférieure que dans l'aorte. Il est donc mathématiquement impossible que la veine cave évacue à elle seule la totalité du sang venant des veines iliaques. Il doit alors exister d'autres voies de retour du sang vers le cœur. La veine cave peut donc être oblitérée sans danger : ses dérivatrices suffiront à l'évacuation du sang des membres inférieurs et du pelvis.

Ceci est démontré par les faits. Le premier cas de ligature d'un gros vaisseau veineux, en l'espèce la veine cave inférieure, appartient au D^r HENRICO BOTTINI, de l'Université de Pavie (publié en 1893 dans la *Clinaca Chirurgica*, par A. MARCONI). En France, il semble que ce soit HOUSEL (Boulogne-sur-Mer) qui, en 1903, publie le premier cas de ligature de la veine cave inférieure, par suite de lésions accidentelles au cours d'une néphrectomie.

Depuis, les observations de ligature de la veine cave inférieure se sont multipliées. Par la suite, des expériences de laboratoire devaient préciser dans quelles limites la ligature de la veine cave inférieure était compatible avec la vie. Le cas de NANO (ligature de la veine cave inférieure à la suite de lésion accidentelle au cours de l'extirpation d'une tumeur abdominale) provoqua les recherches de BÉJAN et COHN (Bucarest).

Leurs conclusions parurent en 1911, après celles de PURPURA (1898), de GOSSET et LECÈNE et de LEOTTA.

GOSSET et LECÈNE, à la suite de sept ligatures à des niveaux divers, arrivent aux conclusions suivantes :

Sur le chien, animal dont le système cave est absolument comparable à celui de l'homme :

1° La ligature du tronc de la veine cave inférieure au-dessous de l'abouchement des veines rénales ne s'accompagne d'aucun phénomène pathologique ; il n'y a même pas trace d'œdème des membres inférieurs.

2° La ligature du tronc de la veine cave inférieure au-dessus de l'abouchement des veines rénales provoque des lésions graves au rein, malgré l'existence d'anastomoses entre les veines rénales et les systèmes cave et azygos. La mort résulte toujours de cette ligature.

3° La double ligature de la veine cave inférieure au-dessus et au-dessous de l'abouchement des veines rénales provoque également des lésions graves du rein qui entraînent rapidement la mort.

BÉJEAN et COHN firent sur 20 animaux une série de ligatures de la veine cave inférieure à différents niveaux. Voici leurs conclusions :

1° Pour les ligatures de la veine cave inférieure faites au-dessous des veines rénales et quel que soit le point d'application de la ligature, la survie est possible et compatible avec la pleine santé. Fait confirmé par la clinique, ainsi que par tous les expérimentateurs.

2° Les ligatures faites au niveau de l'abouchement des veines rénales et comprenant une de ces veines dans la ligature sont bien tolérées. La circulation pour le rein

intéressé se rétablissant facilement par des veines qui apparaissent à son pôle supérieur, ainsi que par des anastomoses avec la veine surrénale correspondante, les pariétales abdominales, les diaphragmatiques, etc...

3° Les ligatures faites immédiatement au-dessus des veines rénales, et intéressant aussi le plus souvent la surrénale gauche, sont incompatibles avec la vie.

De ces conclusions, la première seule nous intéresse, les deux autres n'ayant qu'un intérêt physiologique.

Il faut retenir cependant que « la ligature au-dessous des rénales est inoffensive et ne s'accompagne d'aucun trouble », « la ligature au-dessus des rénales n'est jamais permise » (conclusions de GOSSET, LECÈNE et LEOTTA).

De cette digression, il résulte que l'objection faite au traitement chirurgical et basée sur les dangers de la ligature des veines est réduite à néant.

HOUEL essaye d'expliquer l'efficacité de la ligature de gros troncs veineux de la façon suivante :

1° La ligature veineuse placée en aval des lésions sur le trajet direct et normal du courant sanguin, en remplaçant une oblitération précaire et septique par une oblitération définitive et aseptique, s'oppose à la migration des déchets issus directement du foyer de suppuration.

2° La circulation sanguine se rétablit par les voies collatérales. Ce rétablissement est plus ou moins lent et plus ou moins laborieux, du fait que ces voies de dérivation ont un calibre bien inférieur et un trajet beaucoup moins direct que le tronc veineux principal. Il paraît difficile de comprendre, d'une part, pourquoi les déchets du caillot suppuré adopteraient un trajet aussi capricieux et souvent rétrograde, d'autre part, comment un thrombus

de quelque importance pourrait s'engager dans la lumière de vaisseaux dont le calibre est souvent fort réduit.

Il est des objections d'ordre pratique sur lesquelles nous ne nous arrêterons pas longtemps.

Ces objections portent sur la difficulté de diagnostic et d'intervention ; or, nous avons vu que le diagnostic était loin d'être insurmontable. Quant aux difficultés de l'intervention : en ce qui concerne la ligature du pédicule supérieur, l'intervention est généralement aisée ; en ce qui concerne celle du pédicule inférieur, l'opération est sans contredit plus difficile à cause de la présence quasi constante des lésions inflammatoires, mais on tournera les difficultés en évitant de rechercher les veines en tissu inflammatoire et en liant en tissu sain les gros troncs veineux.

Enfin, M. POLAK pense qu'il est dangereux de soumettre la femme infectée aux risques d'une intervention. Or, il résulte de toutes les observations que jamais l'acte chirurgical n'a paru aggraver l'évolution de la maladie.

2° LA RÉSECTION VEINEUSE

Celle-ci consiste à enlever le paquet veineux thrombosé. Le principe est bon, puisqu'il supprime le foyer d'infection, mais, dans bon nombre de cas, il est irréalisable en raison des réactions inflammatoires de voisinage.

M. CHOMÉ cite des exemples de résection veineuse, en insistant sur le fait que ces résections doivent se pratiquer seulement sur le pédicule supérieur.

Toutefois, de l'ensemble des cas traités il semble se dégager l'idée que l'extirpation de la veine n'est pas abso-

lument utile et qu'il vaut mieux ne pas la pratiquer, afin de diminuer au maximum le choc opératoire.

3) L'HYSTÉRECTOMIE

Préconisée par bon nombre d'auteurs, surtout à l'étranger, cette méthode n'est pour ainsi dire jamais utilisée systématiquement en France. On lui reproche d'être trop traumatisante et, en second lieu, d'être inutile, puisque, dans la thrombo-phlébite suppurée, l'utérus est presque toujours en involution parfaite.

Quels résultats donnerait cette hystérectomie dans les cas où des doutes sérieux s'élèvent sur l'intégrité de l'utérus ? Les observations nous manquent à ce sujet ; aussi, ne pouvons-nous pas conclure.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Voyons d'abord quelles voies d'accès s'offrent à nous pour pratiquer l'intervention.

1° *La voie vaginale.*

Elle ne peut être utilisée dans les cas de phlébite du pédicule supérieur, et surtout elle ne permet pas l'exploration des lésions et la ligature de la veine cave inférieure.

2° *La voie extrapéritonéale.*

Bien décrite par BUMM et TRENDELENBURG, elle constitue une opération difficile qui expose à faire des erreurs anatomiques et ne donne pas assez de jour.

3° *La voie transpéritonéale.*

De technique facile et bien connue, qui permet une exploration complète des pédicules. Les détails de l'opération varieront suivant que l'on aura affaire à une phlébite du pédicule supérieur ou inférieur.

PHLÉBITE DU PÉDICULE SUPÉRIEUR DROIT

Côté droit. — Après avoir exploré par la palpation directe les veines utéro-ovariennes aussi haut que possible, on passe à la ligature. Voici, d'après CHOMÉ, la meilleure technique :

Attirer le cæcum en haut et en dedans : on voit alors un repli péritonéal que l'on incisera transversalement ; on pénètre ainsi, après avoir incisé le péritoine pariétal pos-

térieur, sur le bord externe du cæcum, dans l'espace rétro-cæcal et rétro-péritonéal. Ensuite, si c'est nécessaire, on décolle facilement avec le doigt le cæcum et le colon ascendant, décollement que l'on poursuit le plus haut possible : l'hémorragie est minime. On place alors une large valve dans l'espace rétro-cæcal ; on sent le tronc veineux qui se dirige en haut et en dedans. On ira à ce moment, vers le détroit supérieur, reconnaître l'uretère qu'on réclinera en dehors, car on doit lier la veine utéro-ovarienne au-dessus de son croisement avec lui. On place un fil sur la veine, souvent double, aussi haut que possible au-dessus du caillot, c'est-à-dire au-dessus de la zone de suppuration, en zone saine. On drainera l'espace rétro-colique avec une mèche ou un petit sac de Mickulicz avant de refermer la paroi.

M. VERMELIN recommande de placer sur la veine deux ligatures à quelques centimètres l'une de l'autre. Cette pratique peut avoir son utilité.

Côté gauche. — Peu de différence. L'incision du péritoine pariétal postérieur se fait sur le bord externe du colon descendant. On fait ensuite un large décollement colo-pariétal en réclinant le colon en dedans. Il est alors facile de suivre le tronc veineux jusqu'à la veine rénale.

PHLÉBITE DU PÉDICULE INFÉRIEUR

Tous les auteurs s'accordent sur les difficultés opératoires que donne la ligature des veines hypogastriques et sur la nécessité d'abandonner cette intervention.

On préfère de beaucoup lier les iliaques primitives :

Iliaque gauche. — Explorer la face antérieure de la

cinquième lombaire ; reconnaître la fourche de l'aorte, inciser le péritoine à son niveau. Le tronc de l'artère iliaque apparaîtra dans la bifurcation même ; il est entouré par un tissu dense, riche en fibres nerveuses, souvent difficiles à dissocier. Après avoir récliné l'artère iliaque gauche en dehors, après avoir préalablement reconnu et dégagé le bord externe, on libérera très soigneusement la veine qu'on chargera de dehors en dedans avec un passe-fil mousse. On suturera le péritoine et on fermera la paroi.

Iliaque droite. — Pour les raisons exposées ci-dessus, on liera la veine iliaque primitive. De ce côté, l'opération est plus pénible, car la veine est cachée par son artère ; sa libération est parfois longue et pénible. Voici la technique de CHOMÉ :

Inciser le feuillet péritonéal postérieur à l'endroit même où l'on sent battre l'artère iliaque primitive, à un centimètre de la ligne médiane. Puis, libérer l'artère qu'on érigne en dehors. Il faut agir avec beaucoup de prudence pour la recherche de la veine, qui est très difficile à reconnaître.

PHLÉBITE BILATÉRALE DU TERRITOIRE VEINEUX INFÉRIEUR

HOUEL recommande de lier la veine cave inférieure. Il n'y a pas de technique particulière. On cherche généralement à dénuder la veine au niveau de la quatrième vertèbre lombaire. On prend comme point de repère les battements de l'aorte. On incise le péritoine sur son bord droit ; on refoule l'artère à gauche ; on entreprend ensuite la libération de la veine cave inférieure de gauche à droite.

Le fil est placé sous le tronc veineux au moyen d'une pince courbe et plate, en chargeant de dedans en dehors. HOUEL ne draine jamais. CHOMÉ, au contraire, laisse une petite mèche au niveau du point ligaturé.

M. RIVIÈRE a constaté qu'après ligature de la veine cave inférieure, on assiste à une intense dilatation du pédicule utéro-ovarien gauche qui triple de volume. Il ligature ce pédicule.

VALEUR DU TRAITEMENT CHIRURGICAL

On remarque à la suite des interventions chirurgicales que :

- 1° Les frissons disparaissent aussitôt après la ligature ;
- 2° La température revient rapidement à la normale et s'y maintient ;
- 3° Le pouls est plus long à reprendre son rythme habituel.

Dans les cas où, malgré l'intervention, il y a mort de la patiente, l'exitus est dû à des abcès pulmonaires multiples ou à l'extension de la phlébite et à la continuation de l'infection.

Les cas les plus favorables sont incontestablement ceux de phlébite du pédicule supérieur.

Les statistiques sont rares et variables.

En 1912, MM. VANVERTS et PAUCOT avaient réuni 81 cas de phlébite utéro-pelvienne traités chirurgicalement, sur lesquels il y avait eu 33 guérisons. En 1926, HOUEL publie une statistique de 37 cas, avec 20 guérisons. La même année, ROBIN publie 4 cas, dont 2 guérisons. En 1928, M. CHOMÉ publie 10 cas, dont 7 guérisons. La même année, HOUEL publie à nouveau 9 cas, avec 6 guérisons. En 1930, ROBIN obtient 7 guérisons sur 12 interventions. En 1932, RÆSER publie 2 cas, dont une guérison.

De 1930 à 1936, 5 cas, dont 3 guérisons, sont rapportés dans les bulletins d'obstétrique et de gynécologie.

Enfin, en 1934, MÉTAYER rapporte 8 cas, dont 4 guérisons, ce qui fait, avec les deux cas que nous citons, un ensemble de 170 cas avec 85 guérisons, c'est-à-dire un résultat opératoire de 50 %.

Si l'on considère que, pour les classiques, le taux de la mortalité était de 72 à 95 % pour les phlébites pelviennes suppurées non opérées, on ne peut qu'être satisfait des résultats opératoires.

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1.

Madame L.... Thérèse, 20 ans, I pare.

Accouchement normal.

Thrombophlébite de la veine utéro-ovarienne droite.

Ligature de cette veine.

Guérison.

(Observation personnelle de M. le Docteur POULAIN).

Antécédents héréditaires. — Sa mère a eu une phlébite lors de son accouchement.

Antécédents personnels. — Méningite (sur laquelle nous n'avons aucun renseignement) en 1933.

Antécédents obstétricaux. — Grossesse assez pénible notamment vers le huitième mois.

Accouchement à domicile le 16 septembre d'un garçon pesant 3 kil. 500. Délivrance normale évacuée en temps normal.

Deux jours après son accouchement apparition d'une lymphangite du sein gauche avec crevasses aux deux mamelons.

Le 27 septembre au matin apparition d'un frisson. La température qui oscillait depuis le 24 autour de 37°9 et que l'on attribuait à la lymphangite du sein, augmente.

Dans la journée deux nouveaux frissons.

Le 28 septembre, sur les conseils de son médecin traitant qui craint un abcès du ligament large, cette femme entre à la maternité d'Amiens.

L'examen pratiqué montre à ce moment un utérus en involution normale mais en latéro version gauche avec culs-de-sacs souples mais douloureux, notamment à droite.

Les frissons persistent (deux par jour) et la malade accuse une douleur nette au point de Mac BUMEY, toutefois la zone douloureuse s'étend de la corne utérine droite jusqu'à l'ombilic.

L'état général n'est pas très altéré, la température est à 38°5, et le pouls à 120. *Hémoculture négative.*

Poumons et foie sont normaux.

Intervention le 30 septembre.

Laparotomie médiane, l'utérus est normal.

La veine utéro-ovarienne droite est dure et forme un cordon qui plonge sous le cæcum. Après avoir décollé le cæcum et le colon ascendant, on constate l'arrêt du thrombus à cinq centimètres environ avant son abouchement dans la veine cave inférieure. On place alors un fil sur la veine à environ 1 centimètre 1/2 au-dessus du caillot. On place un drain qui est retiré le 7^e jour.

Suites opératoires.

La malade n'a pas présenté de shock opératoire. Après son opération on n'a plus noté aucun frisson. Le soir de l'intervention la température est à 38°5 ; le lendemain elle est à 38°6 et le soir à 38°8 avec pouls à 120, enfin le 3^e jour elle est à 37°5. Toutefois le pouls ne reviendra à la normale que plusieurs jours après.

Pendant les trois jours qui suivirent, la malade reçut tous les jours 10 cm³ de sérum antistreptococcique de VINCENT.

A partir du 7^e jour la convalescence se poursuit régulièrement et la malade sort guérie le 21^e jour.

OBSERVATION N° 2.

Madame O... Lucie, quintipare 34 ans.

Accouchement normal.

Trombo-phlébite de la veine utéro-ovarienne droite.

Ligature de cette veine.

Guérison.

(In thèse ROBIN - Paris 1926).

Antécédents pathologiques et obstétricaux sans intérêts, la femme a eu un accouchement normal à terme, chez elle, le 27 août 1924. Le 5 septembre, la malade ressent des frissons intenses durant 30 minutes. Nouveau frisson le 12 septembre. Le 13 septembre admission à la Maternité de la Pitié.

Examen : col entièrement fermé, utérus mobile dans tous les sens. Bon état général. Température 38°4, 38°6, pouls 104-106.

Le 15 septembre même examen négatif. On sent pourtant une légère tuméfaction des annexes droites. Rien sur la paroi pelvienne et dans la base du ligament large.

A 15 heures, violent frisson durant une demi-heure. Température 40° après frisson.

16 septembre : Etat général parfait. *Hémoculture négative.*

La température depuis l'entrée oscille entre 37°5-38°5, le pouls entre 96 et 110.

Le 17 septembre deux frissons dans la nuit avec température de 40°5.

Le 18 : Etat général bon, langue humide, point douloureux à la corne utérine droite et au niveau du point de Mac BURNEY.

Au palper, on décèle l'existence d'un cordon douloureux partant de la corne utérine droite et se dirigeant vers l'ombilic ; l'utérus est petit et très mobile.

Le 19 septembre : Température 37°-40°8, deux frissons violents, l'intervention est décidée pour le lendemain.

Le 20 : Intervention : CHOME-ROBIN.

Laparotomie sus et sous-ombilicale médiane, péritoine normal. Utérus légèrement rouge mais mobile dans tous les sens.

A gauche pédicules normaux. Ligaments larges minces et non infiltrés. A droite, le sommet du ligament large est œdématié, la base est libre. Le pédicule supérieur à partir de l'ovaire est très épais. œdématié, et cela aussi haut que le permet l'exploration jusqu'à son embouchure dans la veine cave.

Son volume est celui d'un gros pouce.

En arrière de l'iléon, on fait une incision sur le péritoine qui permet de remonter le grêle, on prolonge cette incision en bas jusqu'au détroit supérieur pour reconnaître l'uretère.

Celui-ci est libéré et récliné en dedans.

On libère difficilement le pédicule, le péritoine étant très adhérent, une veine rompue à ce moment laisse sourdre un peu de pus.

On ne peut pousser la libération jusqu'au delà de la veine thrombosée, et on place la ligature dans une région encore thrombosée, au-dessus du croisement des vaisseaux et de l'uretère.

Mise en place d'un Mickulicz, fermeture en trois plans.

La malade a supporté admirablement l'intervention, léger frisson aussitôt après avec température de 40°.

21 septembre : Bon état général, température 38°2-38°6.

Jusqu'au 26 septembre la température s'abaisse vers 37°. Pas de frissons.

Le 29 septembre : Bon état général, mais température à 38°5.
Ablation des mèches.

La température baisse de nouveau à 37° le 30 septembre.

Bon état général continue. La malade part le 7 novembre guérie.

OBSERVATION N° 3.

Madame L..... Amélie, primipare 22 ans.

Accouchement normal.

Thrombo-phlébite du pédicule supérieur gauche.

Ligature.

Guérison.

(In Thèse - ROBIN 1926).

Accouchement le 10 septembre 1924, normal.

Le 11 septembre douleur vive au pli de l'aîne gauche. Elle ressent son premier frisson, température 40°.

Du 14 au 25 septembre, la fièvre prend le type oscillant avec grands clochers entre 37° et 40°.

La malade se plaignait de douleurs dans la région lombaire gauche si bien que l'on a pensé à une pyélonéphrite.

Deux examens d'urine faits au laboratoire restèrent négatifs.

L'état général s'aggrave progressivement, les frissons deviennent rares et très fonceés.

Le 26 septembre, au cours d'un examen, on trouve un cordon induré dans le ligament large gauche et porte le diagnostic de thrombo-phlébite.

Le 27 septembre, en raison de l'aggravation de l'état général, frissons répétés, avec sueurs abondantes, faciès plombé, langue fuligineuse, on intervient.

(Compte rendu opératoire).

Anesthésie lombaire : à l'ouverture de l'abdomen on constate qu'il existe une assez grande quantité de sérosité nettement due à la gêne circulatoire, mais ce n'est pas un liquide septique, il est nettement transparent.

Le péritoine est net, pas trace de péritonite. Du côté droit les annexes et le ligament large sont sains. Du côté gauche la trompe est un peu œdématiée, de même que le ligament large.

Il existe un cordon gros comme le petit doigt et qui remonte au-dessus du petit bassin. La chose est absolument nette par comparaison avec l'autre côté.

On incise le péritoine sur le détroit supérieur au niveau de la symphyse sacro-iliaque.

On recherche l'uretère qui est en dedans. Il est difficile de mettre une ligature sur la veine thrombosée qui est grosse comme le petit doigt et couleur de macaroni cuit.

Ligature avec une aiguille de Deschamps. Comme la ligature n'a pas porté sur le dessus du point thrombosé on fait une autre ligature au-dessus en s'aidant de pinces.

On a l'impression d'avoir lié au bon endroit.

Fermeture de la paroi en trois plans après Mickulicz.

Le lendemain, pouls dépressible. Deux vomissements. Les jours suivants : amélioration nette, la malade ne souffre plus et ne présente plus de frissons. Le pouls est bon. Mais la fièvre reprend, elle remonte lentement et dépasse $40^{\circ}5$, le 3 octobre.

Le ventre est un peu ballonné, mais souple, il y a de la diarrhée, les urines sont très peu abondantes, la langue très sèche. La malade est agitée. Le pronostic est très réservé.

On retire partiellement la mèche. Du 3 au 7 octobre : amélioration lente. En enlevant les agrafes on trouve une petite collection purulente pariétale.

Le 7 octobre : ablation totale du Mickulicz.

Le 12 octobre : la malade crache du pus, submatité des deux bases, ponction pleurale négative.

A partir du 28 octobre l'état s'améliore, la plaie est complètement cicatrisée, la malade part le 28 novembre en convalescence.

OBSERVATION N° 4.

Madame X....., 27 ans, II° pare.

Avortement provoqué.

Thrombo-phlébite du pédicule utéro-ovarien gauche. Ligature. Guérison.

(MM. RIVIÈRE, VILLAR et MAHON. *Bull. obst. et gynécolog. de Bordeaux*, 6 février 1934).

Début par plusieurs tentatives d'avortement, s'accompagnant de poussées thermiques.

L'un de nous est appelé auprès d'elle le 23 septembre et constate une rétention placentaire infectée. Pose immédiate de laminaires en faisceau et le lendemain matin curage digital, sous anesthésie générale au chloroforme. Le soir de l'intervention, température 38°, pouls 92, puis défervescence complète pendant six jours. A la fin de la première semaine, la malade présente des douleurs latéro-utérines gauches violentes avec empâtement et défense de la paroi à ce niveau et la température s'élève, irrégulière, entre 37° et 40° avec quatre grands frissons dans l'espace de 15 jours.

Le 1^{er} octobre, s'est dessinée une phlébite de la jambe gauche, puis le 14, le membre inférieur droit paraît se prendre à son tour. La malade a été transportée à l'Hôpital André-Boursier où la fièvre se maintient, très irrégulière, avec un pouls parallèle à la température et un bon état général entre les frissons qui augmentent. Vers la fin octobre on examine ses membres inférieurs immobilisés en gouttière, on s'aperçoit que l'œdème a disparu ainsi que toute douleur spontanée, mais qu'il persiste une douleur provoquée à la pression sur le trajet des saphènes. L'examen pelvien est également à peu près négatif, un léger empâtement douloureux du côté gauche en l'absence de toute autre constatation fait porter le diagnostic de thrombo-phlébite pelvienne infectante.

La malade ayant déjà eu une dizaine de grands frissons, on décide de ne pas surseoir davantage à l'intervention.

Opération le 1^{er} novembre 1933, à 21 heures, en présence du Professeur agrégé RIVIÈRE ; opérateur : Docteur Jean VILLAR (suppléant : M. le Professeur GUYOT) ; aide : Docteur MAHON. Anesthésie générale à l'éther. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Utérus normalement involué, pas de lésions annexielles. Une palpation prolongée et minutieuse de tous les pédicules veineux ne

montre qu'une thrombose localisée en aval du pédicule supérieur gauche. Mèche. Fermeture de la paroi en un plan.

La malade est assez choquée par une intervention que le temps d'exploration a rendu un peu longue, mais son état général se remonte rapidement. Le lendemain matin température 36° , pouls 116, le soir $38^{\circ}4$, pouls 130 ; puis pendant quatre jours la fièvre reprend plus irrégulière que jamais, entrecoupée de grands frissons. Une hémoculture faite le 3 novembre, restera négative. Le 5 on fait un abcès de fixation qui dans la suite réagit normalement. A partir du 7 novembre (sixième jour après l'opération) la courbe thermique prend une allure nouvelle qu'elle conserve jusqu'au 20 novembre, la température prise matin et soir aux heures habituelles, n'atteint pas ou dépasse à peine 37° , mais, au cours de cinq grands frissons espacés de un à quatre jours, elle grimpe jusqu'à $39^{\circ}2$, 40° , $40^{\circ}5$ et même à deux reprises $41^{\circ}2$. Dans l'intervalle des frissons, la malade présente un état général satisfaisant et n'a nullement l'air d'une infectée, elle dort bien, son appétit est excellent. Le 19 novembre, la malade ressent un violent point de côté à la base du thorax, à droite et en arrière. A partir de ce moment il ne se produit plus de frisson, mais la courbe thermique s'élève, restant au-dessous de 37° le matin, atteignant 38° , $38^{\circ}5$ le soir ; le pouls est à 100-120. En même temps, à la base droite, se constitue un syndrome de condensation avec épanchement pleural qui évolue vers la suppuration, la température monte insensiblement à 39° et l'état général décline à nouveau. Une pleurotomie est décidée pour le 27 décembre, mais dans la nuit précédente la malade évacue sa pleurésie purulente par vomique et, en une semaine, la température descend en lysis à 37° .

Dès lors malgré une nouvelle poussée phlébique atténuée au niveau du membre inférieur gauche, la maladie évolue rapidement vers la guérison. Celle-ci peut être considérée comme définitive à partir des premiers jours de février 1934.

OBSERVATION N° 5.

Madame S.... Aline, 17 ans, I pare.

Accouchement à terme (forceps et délivrance artificielle).

Thrombo-phlébite de la veine utéro-ovarienne droite.

Réséction de la veine utéro-ovarienne droite.

Guérison.

(In Thèse - BIDOIRE, Paris 1930).

Antécédents héréditaires, physiologiques, pathologiques sans intérêt.

La grossesse actuelle a évolué normalement.

Au cours du travail, on doit recourir au forceps pour lenteur de la progression. Forceps Tarnier à la partie moyenne de l'excavation sur sommet en G. T. à dilatation complète. Extraction d'un garçon vivant pesant 3 kil. 500, facilement ranimé.

Aussitôt après l'extraction, la malade perd abondamment, l'utérus est très mou. Délivrance artificielle pesant 550 gr., suivie d'un tamponnement intra-utérin. A ce moment, la température rectale est de 39°7, le pouls à 120. La malade est shockée.

On passe la malade dans le Service de l'Isolement, le soir de son accouchement (21 juin 1927).

Le 22 juin, température 37°, mais pouls toujours rapide 120.

Le 23 juin, la malade est dyspnéique, la langue est sèche ; le ventre est ballonné, douloureux surtout au niveau de la fosse iliaque droite de l'hypocondre droit et de la région suspubienne.

Au toucher, l'utérus remonte au-dessus de l'ombilic, il est fortement incliné à droite et sensible.

Température 39°, pouls 130.

Les lochies sont fétides, la déchirure du périnée est recouverte de plaques grises.

Le 24 juin, survient un ictère qui devient de plus en plus foncé les jours suivants, s'accompagnant de douleur dans la région vésiculaire. *L'hémoculture est négative.*

Le 28 juin, périphlébite variqueuse gauche ; légère infection mammaire.

A partir du 30, l'ictère décroît progressivement.

Le 2 juillet, apparition d'un frisson (température 41°, pouls 140) la température oscille entre 39° et 40°.

Le 4 juillet, incision d'abcès mammaires bilatéraux. L'examen du pus des abcès révèle une infection à anérobies.

Le 7 juillet, localisation infectieuse passagère à la face.

Les jours suivants, l'état général s'améliore ; la température ne dépasse pas 39°, le pouls 110. Mais la sédation n'est que passagère.

Dès le 11 juillet, la température remonte très largement oscillante, le pouls est très instable, les frissons sont quotidiens et extrêmement violents.

Intervention le 16 juillet 1927.

Rachianesthésie. Laparotomie médiane sous-ombilicale.

Les organes génitaux ont un aspect absolument normal. En explorant les veines du petit bassin on sent la veine utéro-ovarienne droite légèrement indurée. On décolle le cæcum, et en passant sous le côlon ascendant, on dissèque la veine jusqu'au niveau du pôle inférieur du rein. On fait une ligature à ce niveau et on résèque toute la veine en enlevant les annexes droites. Il reste une large surface dénudée qu'on draine par un Mickulicz.

Aucun shock opératoire. Le soir, la température est à 37°8, le pouls à 120. Les frissons disparaissent d'une façon définitive.

Les suites opératoires sont parfaites ; la température et le pouls présentent encore assez longtemps des oscillations irrégulières peu importantes.

La malade sort le 28 août 1927.

Elle est revue le 4 octobre, parfaitement guérie.

OBSERVATION N° 6.

Madame HU... Simone, 16 ans.

Accouchement à terme (Délivrance artificielle).

Thrombo-phlébite des deux veines utéro-ovariennes.

Ligature.

Guérison.

(Observation de la Maternité d'Amiens).

Antécédents héréditaires physiologiques et pathologiques sans intérêt.

La grossesse actuelle a évolué normalement.

Accouchement par sage-femme, à domicile, le 25 décembre 1931. Au cours de l'extraction, déchirure du périnée, suivie d'une délivrance artificielle.

Le 27 décembre, c'est-à-dire 48 heures après l'accouchement, apparition d'un premier frisson avec élévation de température à 41°.

Les jours suivants les frissons se succèdent et la température reste très élevée.

Le 4 janvier, la malade entre à la Maternité, l'état général est mauvais, la langue est sèche, l'abdomen ballonné et légèrement contracté est douloureux notamment au niveau des cornes utérines.

Au toucher, l'utérus est volumineux, les culs-de-sacs sont chauds et douloureux.

Hémoculture négative.

La température est à 40° au moment des frissons qui sont de huit à dix par jour avec apyrexie entre chaque frisson. Le pouls demeure à 130 même pendant les périodes d'apyrexie.

La déchirure du périnée est recouverte de plaques grises.

Intervention le 6 janvier 1932.

Laparotomie médiane, l'utérus est en involution normale. En explorant les veines du petit bassin on constate l'existence d'une thrombo-phlébite des veines utéro-ovariennes droite et gauche.

On pratique la ligature des pédicules au niveau du pôle inférieur des reins après avoir décollé le cæcum d'une part, et le méso côlon sigmoïde d'autre part.

On place un Mickulicz.

Suites opératoires. — Le soir de l'intervention la malade est fortement shockée, mais les frissons ont disparu, la température tombe en lysis les jours suivants. On enlève le Mickulicz le onzième

jour, à cette époque le pouls est toujours à 100 malgré l'absence de température. Il ne reviendra à la normale qu'au quinzième jour.

La femme peut quitter le Service sept semaines après l'intervention.

Depuis elle n'a pas eu de nouvelles grossesses et n'a jamais aucune douleur pelvienne.

OBSERVATION N° 7.

Madame X....., 23 ans.

Délivrance artificielle pour hémorragie grave.

Thrombo-phlébite utéro-ovarienne droite.

Ligature des utéro-ovariennes et veine cave.

Mort.

(MM. LAFARGUE et RIVIÈRE. *Soc. obst. et gynéco*, à Bordeaux, 18 novembre 1931).

Le 3 juin 1930, l'un de nous procède, chez une femme de 23 ans, à une délivrance artificielle pour hémorragie grave de la délivrance.

Le 11 juin, nous apprenons que la malade présente quotidiennement, depuis deux jours, deux grands frissons solennels avec ascension de la température à 40°. Dans l'intervalle des frissons, le pouls est régulier, l'état général excellent.

A l'examen, nous trouvons un utérus en involution physiologique ; les lochies peu abondantes, sont normales. Mais il existe, un peu en dehors de la corne utérine droite, un point douloureux, profond, extrêmement net.

Au toucher, le cul-de-sac latéral droit a sa profondeur et sa consistance habituelles. Cet examen clinique nous conduit au diagnostic de thrombo-phlébite du pédicule utéro-ovarien droit. D'un commun accord, nous proposons l'intervention chirurgicale qui, en raison de sa précocité, nous paraît devoir donner un résultat excellent.

Opération le 12 juin 1930. Anesthésie à l'éther. Laparotomie médiane sous-ombilicale. L'utérus et les annexes ne présentent rien de spécial comme coloration ou consistance. L'involution est normale, aucune réaction péritonéale.

Partant de la corne utérine droite, suivant le bord supérieur du ligament large, la fosse iliaque pour disparaître dans la région lombaire, on voit un cordon bleuâtre plus gros que le pouce : c'est le paquet veineux utéro-ovarien droit en état de thrombose. La consistance est franchement dure. Par une incision du péritoine dans la fosse iliaque droite, on décolle le cæcum et la terminaison du mésentère, de telle façon qu'avec de grandes valves vaginales on puisse facilement suivre le cordon thrombosé jusqu'à son aboutissement dans la veine cave qui est molle, dépressible, normale. Trois ligatures en catgut sont posées à ce niveau, une sur la terminaison

des veines utéro-ovariennes et deux sur la veine cave. Ce dernier temps se passe sans incident, avec la plus grande facilité.

Notons que le décollement cæco-mésentérique en même temps qu'il nous donna un jour large sur la région de la veine cave, nous fit constater l'existence d'une périphlébite dense autour du cordon thrombosé.

Le cæcum et le mésentère sont remis en place avec un drain laissé dans la zone de décollement au contact du paquet utéro-ovarien. Fermeture de la paroi à l'ordinaire.

Suites immédiates sans incident. Pas de shock. Le soir même, soit 8 heures après l'opération, la température est au-dessous de 38°, le pouls à 110 bien frappé. Mictions normales. Rien de spécial du côté des membres inférieurs. La malade est calme. Cet état persiste pendant 36 heures ; mais au bout de ce temps-là, la température remonte à 39°, le pouls s'accélère, l'état général s'altère. Il va s'aggravant pendant la nuit, et 48 heures après l'opération, le pouls et la température sont revenus à ce qu'ils étaient avant elle : 140-150 pulsations et 40°. Dans la nuit le membre inférieur du même côté est devenu violacé, œdémateux comme dans les phlébites massives graves. Le ventre à peine ballonné est souple, indolore, sans réaction péritonéale.

La mort survient environ 50 heures après l'opération par collapsus cardiaque en pleine connaissance.

OBSERVATION N° 8.

Madame C..., 26 ans, II° pare.

Accouchement par version.

Thrombo-phlébite pelvienne.

Ligature de la veine cave inférieure.

Guérison.

(MM. LEFÈVRE et Marc RIVIÈRE, *Soc. obst. et gynécol., Bordeaux*).

A eu un premier accouchement normal, il y a 7 ans.

Enceinte pour la deuxième fois, elle entre en travail le 6 avril 1930, un peu prématurément et présente des hémorragies assez abondantes. Insertion basse du placenta. Nous terminons l'accouchement par version, en raison d'une procidence du cordon qui entraîne la souffrance du fœtus.

Dès les premiers jours du post-partum, la température s'élève entre 37° et 38°5 avec quelques clochers atteignant 39°. Aucun symptôme du côté utérin. L'intestin est ballonné et la malade passe par des alternatives de constipation et de diarrhée.

Le traitement institué : glace, sulfarsenol, septicémine, intra-veineuse, n'entraîne que des améliorations passagères, et malgré notre résistance, la malade est transportée le 17° jour par sa famille à 25 kilomètres de Bordeaux. C'est là que nous la revoyons dix jours plus tard.

Depuis son transport, le tableau clinique s'est sensiblement modifié. Chaque jour plusieurs grands frissons solennels secouent la malade. Sa température saute brusquement de 37° à 40° et au-delà. Son état général périclité. Localement, on note un œdème léger du membre inférieur droit ; l'utérus est normalement involué, mais le palper montre à droite un point très douloureux, profond, correspondant topographiquement au pédicule utéro-ovarien. Le toucher permet de sentir le cul-de-sac droit, à bout de doigt, une légère résistance donnant l'impression d'un paquet de vers.

Le diagnostic de thrombo-phlébite suppurée des veines utéro-ovariennes est aussitôt porté et l'intervention chirurgicale décidée.

La malade ramenée à Bordeaux, est opérée sous anesthésie générale à l'éther. Au moment de l'intervention, elle présente un grand frisson impressionnant, sa température monte à 40°.

La laparotomie montre la parfaite intégrité de l'utérus. Le pédicule utéro-ovarien droit est thrombosé depuis son origine jusqu'à son abouchement dans la veine cave. Celle-ci est elle-même extrêmement

dure, entourée d'une gangue de périphlébite depuis sa naissance, jusqu'à la jonction des veines rénales.

Après dissection, elle est liée, aussi haut que possible, avec un gros catgut. Mais la ligature passe nécessairement en plein caillot. La résistance du vaisseau est telle que l'on ne peut arriver à l'écraser complètement. Aussitôt sa ligature serrée, nous assistons très rapidement à une intense dilatation du pédicule gauche qui triple de volume en quelques instants. Pour éviter un reflux septique de ce côté, nous jugeons prudent de réséquer ce segment veineux entre deux ligatures.

Après l'intervention, la température tombe à $36^{\circ}2$, le pouls à 70. Dès ce moment, les frissons ont définitivement disparu, mais nous avons assisté pendant quinze jours à une reprise de la température et même à une embolie souspleurale qui a évolué sans suppuration. Température et pouls sont revenus à la normale 25 jours après l'intervention et la malade a quitté la clinique le 16 juin, entièrement rétablie.

OBSERVATION N° 9

Madame F..., 24 ans, III° pare.

Accouchement normal.

Trombo-phlébite pelvienne.

Guérison spontanée.

(MM. BANSILLON et DAUVERGNE).

Grossesse sans incidents ;

Accouchement spontané le 1^{er} septembre d'un enfant de 3 kg. 600, poids du placenta : 750 gr. Le soir même de l'accouchement, élévation de température à 39°. Le 2 septembre, température à 40°9 et pouls à 160 ; la malade garde un bon état général, mais accuse des céphalées intenses. L'involution utérine se fait bien, pas de douleur abdominale, aucun signe de localisation d'infection. Le 4, la température reste en plateau au dessus de 40°, le pouls est à 140 ; une hémoculture est pratiquée dans laquelle pousse, en 24 heures, des colonies de streptocoques non hémolytiques. Un abcès de fixation est alors pratiqué, qui ne « prendra pas ». La malade qui recevait 20 cm³ de septicémine, intraveineux, recevra en plus 100 cc. de sérum antistreptococcique de VINCENT, chaque jour, dont 20 intraveineux, ainsi qu'une injection d'autovaccin tous les 2 jours.

A partir du 7, la température se met à baisser légèrement, un nouvel abcès de fixation pratiqué se collecte nettement. Le 10, la température est à 37°6 ; le pouls à 110. Le 13, une nouvelle hémoculture pratiquée 9 jours après la première, reste stérile.

Le 15 septembre, la température remonte à 39°7, cette réascension thermique s'accompagnant d'éruption urticaire avec œdème de la face et des membres est attribuée à une réaction sérique.

Mais le 17, la température prend un type oscillant et la malade se met à présenter presque tous les jours un grand frisson, avec tremblement, claquement de dents, se terminant par une crise sudorale intense et durant près d'une demi-heure.

On reprend le traitement : sérum de VINCENT, autovaccin, septicémine.

Le 25, apparition d'une douleur abdominale vive, sans contracture ; les grands frissons persistent ; le toucher vaginal montre que le cul-de-sac gauche est rénitent, légèrement tendu et fait déceler la présence d'un cordon veineux très net, gros et dur, remontant sur les parois pelviennes, témoin d'une phlébite pelvienne. Dès lors, et jusqu'au 7 octobre, la température oscille entre 36°4 le matin, 41° le

soir, avec frissons presque quotidiens, le dernier d'ailleurs léger, se produisant le 7 octobre.

Depuis le 7 octobre, la température est normale, ne dépassant pas 37°5 le soir. Seuls, deux incidents à signaler : le 10 octobre, un point de côté disparaissant en quelques heures, ne s'accompagnant pas de crachats hémoptoïques, et le 21 octobre, un clocher à 40° avec douleur dans la fosse lombaire droite, urines troubles et albumineuses, le tout disparaissant en 24 heures. Il s'est agi nettement d'une poussée passagère de pyélite et non pas d'une nouvelle atteinte veineuse.

Depuis, la température est redevenue normale. L'état général est excellent. Le toucher vaginal montre un utérus invulvé, des culs-de-sac souples ; on ne sent plus aucune cordon veineux, en somme, toucher vaginal négatif.

OBSERVATION N° 10

Madame X..., IV° pare.

Trombo-phlébite pelvienne.

Guérie par le chlorydrate de sulfamido chrysoïdine.

(M. LACOMME - *Bull. d'obst. et gynéco.*, juillet 1935).

Le début de la maladie se résume à une insertion basse du placenta avec arrêt du travail pendant 48 heures.

Délivrance normale, pas de température.

Les suites de couches furent, dès le 3° jour, fébriles, mais pendant une douzaine de jours, non inquiétantes, et le 11° jour, la température étant tombée, l'état général étant excellent, tout paraissait terminé.

Mais, le 12° jour, au matin, un frisson violent survenait, suivi d'une ascension de la température à 40°1, qui marquait nettement le début d'une deuxième phase de l'infection. A partir de ce moment, la température se maintenait très irrégulière, mais presque toujours très élevée. Il n'y avait pas de frissons vrais, mais une, deux ou même trois fois dans la journée, des sensations de froid, sans tremblement mais toujours suivies d'une sudation abondante, qui semblaient bien avoir la même valeur séméiologique que des frissons vrais. Il en fut ainsi pendant une vingtaine de jours, puis à ce moment, l'état général qui était resté longtemps satisfaisant, commença à s'altérer et des frissons violents apparurent. Ainsi, les 32, 33, 34° jours, à des heures presque régulières dans la journée, la température monta brutalement très au dessus de 40°. Au toucher, on sentait à ce moment et depuis une semaine environ, une sorte de cordon gros comme le pouce, collé sur l'épine sciatique. L'utérus était d'ailleurs et avait toujours été indolore. Les lochies, à ce moment disparues, avaient toujours été à peu près normales.

En présence de ces accidents, le diagnostic de thrombo-phlébite pelvienne ne paraissait guère douteux, et le 35° jour, les frissons violents, l'altération de l'état général, semblaient commander impérieusement une ligature veineuse. Ce fut l'avis de M. COUVELAIRE, appelé en consultation, qui estima que, devant les chances très réduites de guérison spontanée, cette thérapeutique devait être tentée.

A noter que la malade avait reçu :

le 12° jour, 10 cc. de VINCENT ;

le 13° jour, 10 cc. de VINCENT + 40 cc. de PASTEUR ;

Une hémoculture est négative.

Le 14° jour, même traitement ;

Du 15° jour au 19° jour, 20 cc. de VINCENT + 80 cc. de PASTEUR.

Du 19° au 33° jour, du lysats Vaccins	}	Strepto	1 cc.
		Poly	1 cc.

Cependant, le 34° jour, l'urgence de la ligature veineuse n'apparaissait pas telle que l'on ne pût tenter au préalable pendant quelques jours un dernier traitement médical.

Et, c'est ainsi que j'essayai, le 35° jour, un traitement par le chlorhydrate de sulfamido-chrysoïdine. Un premier comprimé de 0 gr. 25 fut absorbé à 10 heures du matin. La température, après le grand frisson de la veille, était à ce moment à 37°7. D'heure en heure, la malade absorba un comprimé de 0 gr. 25, jusqu'au total de 12.

Quand je la revis à 5 heures du soir, les téguments étaient déjà nettement colorés en jaune, reproduisant à peu près la coloration des races asiatiques, et les urines étaient presque franchement rouges. Ce même jour, et pour la première fois depuis plusieurs semaines, il n'y eut pas de frisson ni de sensation de froid. Mais il y eut, à l'heure habituelle du frisson, à 3 heures de l'après-midi, un malaise, avec vomissements.

A partir de cette date, le traitement étant continué aux doses indiquées, il n'y eut plus jamais aucun frisson, ni aucune des sensations de froid qui se produisaient auparavant une ou plusieurs fois dans la journée. La défervescence ne fut cependant pas totale et définitive. L'apyrexie complète ne fut atteinte qu'au 46° jour, mais il suffit de jeter un coup d'œil sur la courbe thermique pour constater combien l'allure de la température est différente avant et après le 35° jour. Les élévations de la température et du pouls survenues après cette date, correspondent à l'installation d'une phlébite du membre inférieur gauche. Un jour, et un jour seulement d'ailleurs, la malade se plaignit de douleurs légères dans le mollet, en même temps que le membre présentait un très léger gonflement. Malgré la bénignité de ces manifestations, le membre fut immobilisé pendant trois semaines. Enfin, un petit abcès du sein gauche, constitué sans douleur, sans réaction locale, fut incisé le 46° jour. La malade put se lever le 67° jour.

Au cours du traitement médicamenteux, on a noté une certaine diminution très temporaire de la diurèse. Le 41° jour, on nota, de plus, une très légère albuminurie (0 gr. 12) par litre ; mais le taux d'urée sanguine était ce même jour de 0 gr. 21.

CONCLUSION

1° La thrombo-phlébite pelvienne est une affection locale nettement différenciée des septicémies et des septico-pyohémies puerpérales.

Sa gravité résulte des embolies septiques issues des thromboses suppurées.

2° Le traitement chirurgical, judicieusement choisi et appliqué, peut empêcher la production de ces embolies. Il est subordonné aux facteurs suivants :

a) Nécessité de poser un diagnostic ferme, par l'étude approfondie des signes généraux, par la recherche des signes physiques, aussi frustes soient-ils, et par des examens répétés des malades ;

b) Importance primordiale des hémocultures négatives pour le traitement chirurgical ;

c) Nécessité d'aller vite.

3° Le traitement chirurgical accompagnera le traitement médical. L'un vise les complications, l'autre s'adresse à l'infection.

4° La ligature veineuse doit être préférée aux autres procédés chirurgicaux, en raison de la rapidité avec laquelle elle se pratique et de l'absence de shock opératoire qui l'accompagne.

5° Pour être efficace, la ligature doit toujours se trouver en tissu sain, en aval des lésions. Pour obtenir ce

résultat, on n'hésitera pas à lier les troncs veineux les plus importants. La ligature de la veine cave elle-même est, non seulement inoffensive, mais très efficace.

6° On attachera une grosse valeur pronostique à l'état de l'utérus, les observations ayant montré que la guérison, à quelques rares exceptions près, était subordonnée à l'intégrité de cet organe.

6° Il est indéniable que le traitement chirurgical des phlébites pelviennes a abaissé de plus d'un tiers le taux de mortalité de cette affection.

Vu : *Le Doyen,*
ROUSSY.

Vu : *Le Président de la Thèse,*
COUVELAIRE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- BAR. — *Les embolies pulmonaires pendant la période des suites de couches.* (Revue Générale de Clinique et Thérapeutique, 1910).
- BIDOIRE. — *Contribution à l'étude des Thrombo-phlébites utéro-pelviennes suppurées d'origine puerpérale.* Thèse, Paris 1930.
- BEJEAN et COHN. — *Sur les ligatures de la veine cave inférieure.* Revue de Chirurgie, Paris, 1911.
- DELATER. — *A propos des collibacilloses locales par migration bactérienne à point de départ intestinal.* (Société de Méd., Paris, avril 1929).
- CHOMÉ. — *Le Traitement chirurgical des infections puerpérales,* 1928.
- COUVELAIRE. — *Les phlébites puerpérales et leur traitement.* Revue Générale de Clinique et Thérapeutique, Paris, 1913.
- KOELER et EHRNEFEST. — *Therapy of puerperal fever.* St-Louis, 1926.
- HOÜEL. — *Contribution à l'Etude des Phlébites utéro-pelviennes suppurées.* Alger, 1926.
- HOUZEL. — *Société de Chirurgie.* Paris, 1902.
- HOVELACQUE. — In POIRIER. *Traité d'anatomie humaine*, T. II.
- JEANNIN. — *Les phlébites puerpérales.* Archives mensuelles d'obstétrique et gynécologie, 1912.
- LEJARS. — *Chirurgie des gros troncs veineux.* (Rapp. Congrès de Chirurgie, 1906).
- LEQUEUX. — *Pyohémie puerpérale.* Revue gynéco. et obst. Paris, 1921.
- LÉVY-SOLAL et SUREAU. — *A propos de la période dite de « Repos physiologique », au cours de la délivrance.* Bull. obst. et gyn. Paris, mars 1934.
- MARTENS. — *A quel moment et comment pratiquer les ligatures veineuses au cours des infections puerpérales.* Deutsch. medi Woch. Tome LV.
- MAURER. — *A propos des ligatures veineuses dans le Traitement de l'infection puerpérale.* 1923.

- PROUST. — *Ligature de la veine iliaque primitive pour infection puerpérale*. Bulletin Société de Chirurgie, séance du 5 mars 1924.
- QUENU. — *Innocuité de la ligature des grosses veines*. Bull. et Mém. de la Société de Chirurgie, 1895.
- ROBIN. — *L'Hystérectomie et les ligatures veineuses dans le traitement de l'infection puerpérale*. 1926.
- ROESER. — *Contribution à l'étude du traitement des thrombo-phlébites utéro-pelviennes puerpérales suppurées*. Année 1932.
- SCHICKELE et RIOTTE. — *Recherches histologiques sur l'infection puerpérale*. (Congrès de la fièvre puerpérale. In Gynéco. et Obst. 1923).
- SIREDEY. — *Les maladies puerpérales*. 1884.
- VANVERTS. — *Phlébite puerpérale. Ligature de la veine iliaque externe*. Bull. Société Obst. et gynéc., Paris 1912.
- VORON et LYONNET. — *Considérations anatomiques et bactériologiques dans un cas de thrombo-phlébite pelvienne suppurée*. Bull. Société Obst. et gynéc. Lyon, Avril 1936.
-

TABLE DES MATIÈRES

	PAGES
Introduction	11
Historique	12
Rappel anatomique des veines du bassin	14
Pathogénie et Etiologie	17
Anatomie pathologique	21
Symptomatologie	25
Formes cliniques	31
Diagnostic	33
Pronostic	36
Traitement	37
» Principes généraux du traitement chirurgical.....	42
» Technique opératoire	49
» Valeur du traitement chirurgical	53
Observations	55
Conclusion	75
Bibliographie	77

